

## Material Informativo - Sus derechos y responsabilidades

### ***Bienvenido al Plan de Salud Conductual del Condado de Alameda***

¡Bienvenido! Como un miembro (beneficiario) del Plan de Salud Conductual (BHP) del Condado de Alameda que está solicitando servicios de salud conductual con este proveedor, le pedimos que revise este paquete de material informativo que explica sus derechos y responsabilidades. El BHP del Condado de Alameda incluye tanto servicios de salud mental ofrecidos por el Plan de salud mental y servicios de tratamiento del trastorno por uso de sustancias (SUD) ofrecidos por el Sistema de Entrega Organizado SUD del Condado; usted puede recibir solo uno o ambos tipos de servicios.

#### **NOMBRE DEL PROVEEDOR:**

La persona que le da la bienvenida al servicio repasará estos materiales con usted. Usted recibirá este paquete para llevarlo a casa y revisarlo cuando quiera, y **se le pedirá que firme la última página de este paquete para indicar lo que se explicó y para confirmar que usted recibió los materiales.** Su proveedor conservará la página original con la firma. Los proveedores de servicio también tienen requerido notificarle sobre la disponibilidad de cierta información en este paquete cada año y la última página de este paquete tiene un lugar en donde usted indique cuándo suceden dichas notificaciones.

**¡Este paquete contiene mucha información, así que tómese su tiempo y siéntase con la libertad de hacernos cualquier pregunta que tenga! Conocer y entender sus derechos y responsabilidades le ayuda a obtener la atención que se merece.**

#### **Consentimiento para servicios**



Como un miembro del Plan de Salud Conductual (BHP), su firma en la última página de este paquete da su consentimiento voluntario para recibir servicios de salud conductual con este proveedor. Si usted es el representante legal de un beneficiario de este BHP, su firma proporciona dicho consentimiento.

Su consentimiento para recibir servicios también significa que este proveedor tiene el deber de informarle sobre sus recomendaciones de atención, de manera que su decisión de participación se haga con conocimiento y sea significativa. Además de contar con el derecho de suspender los servicios en cualquier momento, usted también cuenta con el derecho de negarse a usar cualquier recomendación, intervenciones de salud conductual o procedimiento de tratamiento.

Este proveedor puede contar con un formulario adicional de consentimiento que tiene que firmar y que describe con mayor detalle los tipos de servicios que pudiera recibir. Estos pueden incluir, más no se limitan a, valoraciones, evaluaciones, consejería individual, consejería grupal, intervención durante crisis, psicoterapia, gestión de casos, servicios de rehabilitación, servicios de medicamentos, tratamiento asistido con medicamentos, remisiones a otros profesionales de salud conductual, y consultas con otros profesionales a su nombre.

Los proveedores de servicios profesionales pueden incluir, más no se limitan a, médicos, enfermeras profesionales, asistentes de médico, terapeutas familiares y de matrimonio, trabajadores sociales clínicos (LCSW), consejeros clínicos profesionales, psicólogos, asociados registrados y especialistas certificados de pares. Si el proveedor que le ofrece los servicios es un profesional sin licencia (como un estudiante pasante o asociado registrado) entonces su proveedor de servicio debe informarle por escrito sobre esto. Todo el personal profesional sin licencia se encuentra bajo la supervisión de profesionales con licencia.

## Libertad de elección



Al ser nosotros su Plan de Salud Conductual nosotros tenemos la responsabilidad de informarle que cualquiera que reciba nuestros servicios (incluyendo menores de edad y el representante legal de los menores de edad) debe saber lo siguiente:

- A.** La aceptación y participación en el sistema de salud conductual es voluntario; no es un requisito para obtener acceso a otros servicios comunitarios.
- B.** Usted cuenta con el derecho de obtener acceso a otros servicios de salud conductual financiados por Medi-Cal y usted cuenta con el derecho de solicitar\* un cambio de proveedor y/o personal.
- C.** El Plan de Salud Conductual cuenta con contratos con un amplio rango de proveedores en nuestra comunidad, los cuales podrían incluir proveedores religiosos. Existen leyes que rigen a los proveedores religiosos que reciben financiamiento federal, entre las que se incluyen que deben ofrecer los servicios a todos los miembros elegibles (sin importar sus creencias religiosas) y que los fondos federales no deben usarse para apoyar las actividades religiosas (como cultos, educación religiosa o intentos de convertir a un miembro a una religión). Si usted fue remitido a un proveedor religioso y se opone a recibir servicios de dicho proveedor debido a su carácter religioso, usted tiene el derecho de ver a un proveedor diferente, bajo solicitud\*.

\*El BHP trabaja con miembros y sus familias para otorgar toda solicitud razonable, pero no puede garantizar que todas las solicitudes para cambio de proveedores sean aceptadas. Sin embargo, las solicitudes se otorgarán para cambiar a un proveedor debido a una oposición de carácter religioso.

## Confidencialidad y privacidad



La confidencialidad y privacidad de su información de salud mientras participa en los servicios de tratamiento con nosotros es uno de sus derechos personales importantes. Este paquete contiene su copia del “Aviso de Prácticas de Privacidad”, el cual explica cómo sus registros de tratamiento e información personal se mantienen confidencialmente, cómo se usan y divulgan por parte de los Servicios de Atención de Salud Conductual del Condado de Alameda, y cómo puede usted obtener acceso a esta información. Si está recibiendo servicios de tratamiento del trastorno por uso de sustancias (SUD), este paquete contiene su copia del “Aviso de Información SECCIÓN 2 CFR 42 - Divulgación de Información sobre Drogas y Alcohol del Paciente”. Su Proveedor debe proporcionarle a usted información sobre sus derechos de confidencialidad y privacidad.

En ciertas situaciones que involucran su seguridad o la seguridad de otros, aun cuando en general los proveedores no pueden divulgar información que lo identificaría directa o indirectamente a usted como un beneficiario que recibe los servicios SUD, los proveedores tienen requerido por ley hablar de su caso con personas externas al sistema de Servicios de Atención de Salud Conductual.

Estas situaciones pueden incluir:

1. Si usted amenazó con hacer daño a otra(s) persona(s), dicha(s) persona(s) y/o la policía debe ser informada.
2. Cuando sea necesario, si usted representa una amenaza grave para su propia salud y seguridad.

3. Todos los casos de sospecha de abuso infantil deben ser reportados a las autoridades estatales o locales correspondientes.
4. Todos los casos de sospecha de abuso a adultos mayores/dependientes deben ser reportados a las autoridades estatales o locales correspondientes.
5. Si un tribunal nos ordena liberar sus registros, tenemos que hacerlo.
6. Una perpetración de un delito por el paciente en las instalaciones o en contra del personal de un Proveedor de Tratamiento por Uso de Sustancias; dichos registros no están protegidos.

Si usted tiene preguntas sobre estos límites de confidencialidad, hable con la persona que le está explicando estos materiales a usted. Puede encontrar información adicional sobre lo anterior y otros límites de confidencialidad en las secciones de “Aviso de Prácticas de Privacidad” y el “Aviso de Información 42 CFR PARTE 2 - Divulgación de Información sobre Drogas y Alcohol del Paciente” de este paquete.

### Manteniendo un lugar saludable y seguro



Para nosotros es muy importante que todos los miembros se sientan bienvenidos para su atención exactamente como se encuentran. Nuestro trabajo más importante es ayudar a sentirse que se encuentra en el lugar correcto, y que podamos conocerlo y ayudarlo a tener una vida feliz y productiva. Avísenos si hay algo que estamos haciendo que ocasione que no se sienta bienvenido, se sienta inseguro o si siente que se le falta al respeto.

También es muy importante que el entorno del servicio sea un lugar seguro y acogedor. Queremos que nos avise si sucede algo en el entorno del servicio que lo hace sentir inseguro para poder tratar de abordarlo.

Una forma en que generamos seguridad es al contar con reglas que piden a todos (proveedores y miembros) tener comportamientos seguros y respetuosos. Estas reglas son:

- |   |   |
|---|---|
| ✓ Comportarse de manera segura hacia uno mismo y hacia los otros. | ✓ No contar con armas de ningún tipo.   |
| ✓ Hablar a otros con cortesía.                                    | ✓ Respetar la privacidad de las personas.   |
| ✓ Respetar la propiedad de otros y la de este lugar de servicio.  | ✓ Está prohibida la venta, uso y distribución de alcohol, drogas, productos de nicotina/tabaco y cigarrillos electrónicos |

A manera de contar con un lugar acogedor para todos, se le puede pedir a cualquiera que intencionalmente actúe de forma insegura que deje las instalaciones, los servicios se pueden suspender temporal o totalmente, y, de ser necesario, se podría tomar una acción legal. Así que si piensa que podría tener dificultad para seguir estas reglas, informe a su proveedor. Hacemos nuestros mejor esfuerzo para que se sienta bienvenido de una manera en que usted se sienta seguro al igual que aquellos a su alrededor.

**Agradecemos a todos su esfuerzo por seguir estas reglas.**

## Guía para los servicios de salud mental de Medi-Cal, Guía para servicios de medicamentos de Medi-Cal, y directorio de proveedores

Las Guías y Directorio de Proveedores (actualizados mensualmente) están disponibles en línea, visitando [www.acbhcs.org](http://www.acbhcs.org) o puede solicitarlos como se indica a continuación



Al empezar sus servicios se le proporcionará el manual del beneficiario del Plan de Salud Conductual (BHP), la **Guía para Servicios de Salud Mental Medi-Cal** O la **Guía para Servicios de Medicamentos Medi-Cal**. Estos contienen información sobre cómo un beneficiario es elegible para los servicios, qué servicios están disponibles y cómo obtener acceso a los mismos, quiénes son sus proveedores de servicio, y más información sobre sus derechos y el proceso de Quejas, Apelaciones y Audiencias Estatales Justas. Además estas Guías incluyen números telefónicos importantes relacionados con el Plan de Salud Conductual.

El **Directorio de Proveedores** es una lista de proveedores del Condado y contratados por el Condado de servicios de salud conductual en nuestra comunidad y se actualiza mensualmente. **Para remisiones para servicios de salud mental de tratamiento ambulatorio que no son de emergencia** o para recibir mayor información sobre el **Directorio de Proveedores**, llamar al programa ACCESS al 1-800-491-9099; un representante le puede informar si un proveedor de salud mental tiene vacantes disponibles.

**Para remisiones para servicios de tratamiento por abuso de sustancias** o para recibir mayor información sobre el **Directorio de Proveedores**, llamar a la Línea de ayuda de Remisiones y Tratamiento por Abuso de Sustancias al 1-844-682-7215; un representante le puede informar si un proveedor de tratamiento por uso de sustancias tiene vacantes disponibles. Si tiene limitaciones auditivas o del habla, marcar 711 para contactar al Servicio de Retransmisión de California y recibir asistencia para conectarse a cualquiera de estas líneas de servicio al cliente.

Las Guías y el Directorio de Proveedores están disponibles en el sitio Web de BHCS visitando [www.acbhcs.org](http://www.acbhcs.org), por petición a través de correo electrónico o en papel sin costo para usted. Las Guías y el Directorio de Proveedores están disponibles en los idiomas mínimos del condado (inglés, español, cantones, mandarín, vietnamés, tagalo, coreano y farsi) y en formatos alternativos.

***En relación a las Guías y Directorio de Proveedores, la asistencia para idiomas está disponible llamando a la línea ACCESS al 1 (800) 491-9099.***



### Información de Resolución de Problemas del Beneficiario Decidiendo a dónde llevar su queja o apelación

**SERVICIO INSATISFACTORIO - una Queja puede ser sobre cualquier cosa**  
**Ejemplos:**

- Si no está recibiendo el tipo de servicio que quiere.
- Si está recibiendo servicio de mala calidad.
- Si se le está tratando injustamente.
- Si las citas nunca se programan en horarios buenos para usted.
- Si la instalación es insegura o no está limpia.

## En dónde entablar su Queja

### con BHCS del Condado de Alameda:

Por teléfono:

Asistencia al consumidor de BHCS 1-800-779-0787

Para recibir asistencia con problemas auditivos del habla, llamar al 711, Servicio de Retransmisión de California

A través del correo postal de EE.UU.:

2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

En persona:

Visitando el departamento de Asistencia al Consumidor en la Asociación de Salud Mental

954-60<sup>th</sup> Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

**Con su proveedor:**

Puede que su proveedor resuelva la queja de forma interna o bien lo mande con ACBHCS como se indica arriba. Usted puede obtener formularios y asistencia de su proveedor.

## DETERMINACIONES DESFAVORABLES DE BENEFICIO - usted puede Apelar

Usted puede recibir una “Notificación de Determinación Desfavorable de Beneficios” (**NOABD**) informándole sobre una acción por parte de BHP en relación con sus beneficios. **Ejemplos:**

- Si se le niega o limita un servicio que usted solicitó.
- Si un servicio autorizado previamente que estaba recibiendo se reduce, suspende o termina.
- Si la BHP se niega a pagar por un servicio que usted recibió.
- Si los servicios no se le proporcionan oportunamente.
- Si su queja o apelación no se resuelve dentro de los periodos de tiempo establecidos.
- Si se niega su solicitud para disputar una responsabilidad financiera.

## En dónde entablar su Apelación (aplica solo para beneficiarios Medi-Cal que reciben servicios Medi-Cal)

### Con BHCS del Condado de Alameda:

Por teléfono:

Asistencia al consumidor 1-800-779-0787

Para recibir asistencia con problemas auditivos del habla, llamar al 711, Servicio de Retransmisión de California

A través del correo postal de EE.UU.:

2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606

En persona:

Visitando el departamento de Asistencia al Consumidor de la Asociación de Salud Mental, 954-60<sup>th</sup> Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

Usted cuenta con el derecho de tener una **Audiencia Estatal Justa**, esta es una revisión independiente llevada a cabo por el Departamento de Servicios Sociales de California, si usted ha terminado el proceso de apelaciones de BHP y el problema no se resolvió a su satisfacción. Se incluye una solicitud para una Audiencia Estatal Justa con cada Aviso de Resolución de Apelación (NAR); usted debe enviar la solicitud dentro de 120 días de la fecha del matasellos o el día en que el BHP le dio personalmente a usted el NAR. Usted puede solicitar una Audiencia Estatal Justa sin importar si ha recibido o no ha recibido un NOABD. Para conservar los mismos servicios mientras espera por una audiencia, debe solicitar la audiencia dentro de diez (10) días a partir de la fecha en que se envió por correo o se le dio personalmente el NAR a usted o antes de la fecha de vigencia en el cambio en servicio, lo que ocurra con mayor posterioridad. El Estado debe alcanzar su decisión dentro de 90 días naturales después de la fecha de la solicitud para las Audiencias normales y para Audiencias de urgencia dentro de 3 días de la fecha de solicitud. El BHP deberá autorizar o proporcionar los servicios disputados de inmediato dentro de 72 horas a partir de la fecha en que recibe la notificación que revoca la ABD del BHP. Usted puede solicitar una Audiencia Estatal Justa llamando al 1(800) 952-5253 o para TTY marcar 1 (800) 952-8349, en línea visite <http://secure.dss.cahw.net.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx> o escribiendo a: California Department of Social Services/State Hearings Division, P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37, Sacramento, CA 94244-2430.

## DERECHOS DE LOS PACIENTES

Las controversias relacionadas con retenciones 5150 involuntarias, retenciones 5250 y curatelas son gestionadas a través de los remedios legales existentes como lo son la Patria Potestad, en lugar de a través de quejas o proceso de apelación. Contacto Defensores de Derechos de los Pacientes: 1 (800) 734-2504 o (510) 835-2505.

### Ejemplos:

- Si se le sujetó y usted piensa que la instalación no tiene buena causa para hacer esto.
- Si fue hospitalizado en contra de su voluntad y usted no entiende por qué o cuáles eran sus opciones.

### En dónde registrar su controversia de derechos del paciente

- Llamar al Defensor de Derechos del Paciente marcando **(800) 734-2504**. Este es un número disponible las 24 horas con una contestadora fuera de horario. Se aceptan llamadas por cobrar.

**Para obtener información más detallada sobre el proceso de resolución de problemas del beneficiario, pida a su proveedor una copia de la *Guía para Servicios de Salud Mental Medi-Cal* O la *Guía de Servicios de Medicamentos Medi-Cal* que se describen en las páginas 2-3 de este paquete. Si tiene preguntas o requiere de asistencia para llenar los formularios, puede pedirselo a su proveedor o llamar a: **Asistencia al consumidor marcado 1 (800) 779-0787****

***En relación al proceso de resolución de problemas del beneficiario, la asistencia para idiomas está disponible llamando a la línea de Asistencia al Consumidor al 1 (800) 779-0787.***

### Información sobre la Directiva Anticipada:

#### “Su derecho a tomar decisiones sobre el tratamiento médico” (Solo se aplica si usted tiene 18 años de edad o más)

Proveedores: “Su derecho a tomar decisiones sobre el tratamiento médico” está disponible en varios idiomas visitando [http://www.acbhcs.org/providers/QA/docs/qa\\_manual/10-7\\_ADVANCE\\_DIRECTIVE\\_BOOKLET.pdf](http://www.acbhcs.org/providers/QA/docs/qa_manual/10-7_ADVANCE_DIRECTIVE_BOOKLET.pdf).



Si usted tiene 18 años de edad o más, el Plan de Salud Conductual tiene la obligación bajo la ley federal y estatal de informarle sobre su derecho para tomar decisiones de atención de salud y sobre cómo puede planear ahora para su atención médica, en caso de que no tenga la posibilidad de hablar por usted mismo en el futuro. Cuando traza ese plan ahora puede asegurarse de que sus deseos y preferencias personales se comuniquen a las personas que necesitan saberlo. Este proceso se llama la creación de una Directiva Anticipada.

Si lo solicita, se le dará información sobre las Directivas Anticipadas llamadas “Su derecho a tomar decisiones sobre el tratamiento médico”. Este describe la importancia de crear una Directiva Anticipada, el tipo de cosas que debería considerar si decide crear una, y describe las leyes estatales importantes. Usted no tiene la obligación de crear una Directiva Anticipada pero lo invitamos a que explore la posibilidad y aborde las controversias relacionadas con la creación de una. Los proveedores y personal BHCS del Condado de Alameda le pueden apoyar en este proceso, pero ellos no pueden crear una Directiva Anticipada por usted. Esperamos que esta información le ayudará a entender cómo aumentar su control sobre su tratamiento médico. La atención proporcionada a usted por cualquier proveedor BHCS del Condado de Alameda no se basará en si generó o no una Directiva Anticipada. Si tiene cualquier queja sobre los requisitos de la Directiva Anticipada, llame por favor a Asistencia al Consumidor al 1-800-779-0787.



**Chuck McKetney**  
Director of Health and Business Data Analytics  
1000 San Leandro Blvd., Suite 300  
San Leandro, CA 94577  
(510) 667-3092

## **AVISO SOBRE PRACTICAS DE PRIVACIDAD**

**Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (HIPAA) y  
Ley de Tecnología de Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH)**

### **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PODRÍA USAR Y DIVULGAR LA INFORMACIÓN DE SALUD SOBRE USTED, Y CÓMO PUEDE OBTENER USTED ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVISE CON ATENCIÓN ESTA INFORMACIÓN.**

Si tiene preguntas sobre este aviso, póngase en contacto con su proveedor de atención de salud o con el Departamento o Agencia de Servicios de Atención de Salud correspondientes del Condado de Alameda:

Administración y salud a indigentes, llamar al (510) 618-3452

Servicios de Atención de Salud Conductual, Oficina de asistencia al consumidor, llamar al (800) 779-0787

Oficina del Director del Departamento de Salud Pública, llamar al (510) 267-8000

Departamento de Salud Ambiental, llamar al (510) 567-6700

#### **Propósito de este aviso**

Este aviso describe las prácticas de privacidad de la Agencia de Servicios de Atención de Salud del Condado de Alameda (ACHCSA), sus departamentos y programas y los individuos involucrados en proporcionarle a usted los servicios de atención de salud. Estos individuos son profesionales de atención de salud y otros individuos autorizados por el Condado de Alameda para tener acceso a su información de salud como parte de proporcionar sus servicios o de conformidad con las leyes estatales y federales.

Entre los profesionales de atención de salud y otros individuos se incluyen:

- Profesionales de atención de salud (como médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina);
- Profesionales de atención de salud conductual (como psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales clínicos con licencia, terapeutas familiares y matrimoniales, técnicos psiquiatras y enfermeras registradas, internos);
- Otros individuos involucrados en su cuidado en esta agencia o que trabajan con esta agencia para ofrecer atención a sus clientes, incluyendo los empleados, personal, y otro personal ACHCSA que realizan servicios o funciones que hacen posible su atención de salud.

Estas personas pueden compartir información de salud sobre usted entre ellos mismos y con otros proveedores de atención de salud para propósitos de tratamiento, pago, u operaciones de atención de salud, y con otras personas por otras razones descritas en este aviso.

## **Nuestra responsabilidad**

Su información de salud es confidencial y está protegida por ciertas leyes. Nosotros tenemos la responsabilidad de proteger esta información como lo establecen las leyes y proporcionarle a usted este aviso sobre nuestros deberes legales y las prácticas de privacidad. Nosotros también tenemos la responsabilidad de cumplir con los términos y condiciones de este aviso actualmente válidos. Este aviso:

- Identificará los tipos de usos y divulgaciones de su información que pueden ocurrir sin su previa aprobación escrita.
- Identificará las situaciones en donde se le dará la oportunidad de estar de acuerdo o en desacuerdo con el uso o divulgación de su información.
- Lo asesorará sobre otras divulgaciones de su información que ocurrirán solo si usted nos ha proporcionado una autorización escrita.
- Lo asesorará sobre sus derechos en relación con su información personal de salud.

## **Cómo podemos usar y divulgar la información de salud sobre usted**

Los tipos de usos y divulgaciones de información de salud se pueden dividir en cuatro categorías. A continuación se describen dichas categorías con explicaciones y algunos ejemplos. No se enumeran todos los tipos de uso y divulgación, pero todos los usos y divulgaciones caerán dentro de una de estas categorías.

- **Tratamiento.** Nosotros podemos usar o compartir su información de salud para proporcionarle tratamiento médico u otros servicios de salud. El término “tratamiento médico” incluye tratamiento físico de atención de salud y también “servicios de Atención de Salud Conductual” (servicios de salud mental y servicios de tratamiento para alcohol u otros medicamentos) que puede recibir. Por ejemplo, un profesional clínico con licencia puede hacer arreglos para que los vea un psiquiatra para recibir un potencial medicamento y podría discutir con el psiquiatra sobre su percepción sobre su tratamiento. O, un miembro de nuestro personal puede preparar una orden para que se hagan pruebas de laboratorio u obtener una remisión a un médico externo para un examen físico. Si usted obtiene atención de salud de otro proveedor, nosotros podemos divulgar su información de salud a su nuevo proveedor para propósitos de tratamiento.
- **Pago.** Podemos usar o compartir su información de salud para que nosotros podamos enviarle a usted una factura, enviarla a una empresa aseguradora o a una tercera parte para recibir pago por el tratamiento y servicios que le hemos proporcionado. Por ejemplo, puede que tengamos que dar su información del plan de salud sobre el tratamiento o consejería que recibió aquí para que ellos nos reembolsen a nosotros o le reembolsen a usted por los servicios. Nosotros también podemos informarles sobre tratamientos o servicios que tenemos planeado proporcionarle a manera de obtener aprobación previa o determinar si su plan cubrirá el tratamiento. Si usted obtiene atención de salud de otro proveedor, nosotros podemos divulgar su información de salud a su nuevo proveedor para propósitos de pago.
- **Operaciones de atención de salud.** Nosotros podemos usar y divulgar información de salud para nuestras propias operaciones. Nosotros podemos compartir porciones limitadas de su información de salud con los departamentos del Condado de Alameda pero solo hasta el grado necesario para el desempeño de funciones importantes en soporte de nuestras operaciones de atención de salud. Estos usos y divulgaciones son necesarias para la operación administrativa de la Agencia de Servicios de Atención de Salud y para asegurarnos de que todos nuestros clientes reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos usar su información de salud:
  - Para revisar nuestros tratamientos y servicios y para evaluar el desempeño del personal que lo atiende.

- Para ayudar a decidir qué servicios adicionales deberíamos ofrecer, qué servicios no son necesarios, y evaluar si ciertos tratamientos son efectivos.
- Para las actividades de revisión o aprendizaje de médicos, enfermeras, clínicos, técnicos u otro personal de atención de salud, estudiantes, internos y otro personal de la agencia.
- Para ayudarnos con nuestra administración fiscal y con el cumplimiento de las leyes.

Si usted obtiene atención de salud de otro proveedor, nosotros podemos divulgar su información de salud a su nuevo proveedor para ciertas operaciones de su atención de salud. Asimismo, podemos eliminar información que lo identifica a usted de este juego de información de salud para que otros la puedan usar en el estudio de atención de salud y entrega de atención de salud sin enterarse de la identidad de pacientes específicos.

- También podemos compartir información médica sobre usted con otros proveedores de atención de salud, organizaciones de compensación de atención de salud y planes de salud que participan con nosotros en “acuerdos organizados de atención de salud (OHCA) para cualquier operación de atención de salud. Los OHCA incluyen hospitales, organizaciones de médicos, planes de salud y otras entidades que de forma colectiva proporcionan servicios de atención de salud. Puede encontrar una lista de las OHCA que participan en el ACCESS.
- Hoja de registro. Podemos usar y divulgar información médica sobre usted al proporcionar su registro de entrada cuando llega a nuestra oficina. También podemos llamarlo por su nombre cuando estemos listos para verlo.

Notificación y comunicación con la familia. Podemos divulgar su información de salud para notificar o asistir en notificar a un familiar, su representante local u otra persona responsable por su atención sobre su ubicación, su estado general o, a menos que usted nos ayude indicado lo opuesto, en caso de su muerte. En caso de un desastre, podemos divulgar información a una organización de socorro para que ellos puedan coordinarse con estos esfuerzos de notificación. También podemos divulgar información a alguien que esté involucrado con su atención o que ayude a pagar por su atención. Si usted es capaz y está disponible para estar de acuerdo u objetar, entonces le daremos la oportunidad de objetar antes de hacer estas divulgaciones, aun cuando podemos divulgar esta información en un desastre incluso sobre su objeción si creemos que es necesario para responder ante circunstancias de emergencia. Si usted es incapaz o no está en posibilidad de acordar u objetar, sus profesionales de salud usaran su mejor juicio para comunicarse con su familia y con otros.

### **Divulgaciones para las cuales no tenemos la obligación de darle la oportunidad de estar de acuerdo u objetar.**

Además de las situaciones de arriba, la ley nos permite compartir su información de salud sin primero obtener su permiso. Esas situaciones se describen a continuación.

- **Como lo establece la ley.** Nosotros divulgaremos la información de salud sobre usted cuando lo requieran las leyes federales, estatales y locales. Por ejemplo, puede ser necesario divulgar la información al Departamento de Salud y Servicios Humanos para asegurarnos de que no se infrinjan sus derechos.
- **Sospecha de abuso o negligencia.** Nosotros divulgaremos su información de salud a las agencias correspondientes si son relevantes a la sospecha de abuso o negligencia infantil, o abuso y negligencia a ancianos o adultos dependientes, o si usted no es un menor de edad, o si usted es la víctima de abuso, negligencia o violencia intrafamiliar y ya sea que usted esté de acuerdo con la divulgación o nosotros

estemos autorizados por la ley para divulgar esto y se cree que dicha divulgación es necesaria para prevenir daños graves hacia usted o hacia otros.

- **Riesgos de salud pública.** Nosotros podemos divulgar información de salud sobre usted para actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen las siguientes:
  - Para prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades;
  - Para reportar nacimientos y muertes;
  - Para reportar reacciones a medicamentos o problemas con los productos;
  - Para notificar a las personas sobre retiros del mercado de productos que pudieran estar usando;
  - Para notificar a una persona que pudiera haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o esparcir una enfermedad o padecimiento.
  
- **Actividades de supervisión de salud.** Nosotros podemos divulgar información de salud a una agencia de supervisión de salud para las actividades autorizadas por la ley. Estas actividades de supervisión incluyen, por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones, y licenciamiento. Estas actividades son necesarias para que el gobierno monitoree el sistema de atención de salud, programas gubernamentales y el cumplimiento con las leyes de derechos civiles.
  
- **Diligencias judiciales y administrativas.** Nosotros podemos, y a veces es un requisito de ley, divulgar su información de salud personal en el transcurso de cualquier diligencia judicial o administrativa hasta el grado expresamente establecido por un tribunal u orden judicial administrativa. También podemos divulgar información sobre usted en respuesta a un citatorio, solicitud de divulgación de pruebas u otros proceso legal si se han realizado los esfuerzos razonables para notificarle a usted de la solicitud y usted no ha presentado una objeción, o si sus objeciones han sido resueltas por un tribunal o administrativamente.
  
- **Autoridades del orden público.** Podemos divulgar información de salud si lo solicita un oficial de las autoridades del orden público:
  - En respuesta a una orden judicial o directiva similar.
  - Para identificar o ubicar a un sospechoso, testigo, persona extraviada, etc.
  - Para proporcionar información a las autoridades del orden público sobre una víctima de un delito.
  - Para reportar actividades o amenazas delictivas relacionadas con nuestras instalaciones o personal.
  
- **Forenses, médicos forenses y directores de funerarias.** Podemos divulgar información de salud a un forense o médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar un difunto o determinar la causa de muerte. También podemos divulgar información de salud sobre pacientes en nuestras instalaciones a manera de asistir a directores de funerarias para llevar a cabo sus deberes.
  
- **Donación de órganos o tejidos.** Si usted es un donador de órganos, podríamos divulgar información a organizaciones que manejan las donaciones o trasplantes de órganos.
  
- **Investigación.** Podemos usar o divulgar su información para fines de investigación bajo ciertas circunstancias limitadas.
  
- **Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad.** Podemos usar y divulgar información de salud sobre usted cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o para la salud

y seguridad del público o de otras personas. Sin embargo, cualquier divulgación solo se hará a alguien que nosotros creamos que puede ser capaz de prevenir la amenaza o que se presenten los daños.

- **Para funciones especiales del gobierno.** Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud para asistir al gobierno en el desempeño de funciones relacionadas con usted. Su información de salud se puede divulgar (i) a autoridades de comandos militares si usted forma parte de las fuerzas armadas, para auxiliar en llevar a cabo misiones militares; (ii) a oficiales federales autorizados para llevar a cabo actividades de seguridad nacional; (iii) a oficiales federales autorizados para proporcionar servicios de protección al Presidente u otras personas o para investigaciones como lo establece la ley; (iv) a una institución correccional, si usted está en la prisión, para atención de salud, para propósitos de salud y seguridad; (v) a programas de compensación laboral como lo establece la ley; (vi) a agencias de las autoridades del orden público del gobierno para la protección de funcionarios elegidos constitucionalmente y sus familias; (vii) al Departamento de Justicia de California para propósitos de movimiento e identificación sobre ciertos pacientes criminales, o en relación a personas que no pueden comprar, poseer o controlar una arma de fuego o arma mortal; (viii) al Senado o al Comité de Normas de Reunión para propósitos investigativos legislativos; (ix) a la organización de protección y defensoría a nivel estatal y a la Oficina de Derechos del Paciente del Condado para propósitos de ciertas investigaciones requeridas por ley.
- **Otras categorías especiales de información. Si corresponde.** Se pueden aplicar requisitos legales especiales al uso o divulgación de ciertas categorías de información - es decir, exámenes para el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) o tratamientos y servicios para el abuso de alcohol y drogas. Asimismo, se podrían aplicar reglas un poco diferentes para el uso y divulgación de su información médica relacionada con cualquier atención médica general (que no sea de salud mental) que recibe.
- **Notas de psicoterapia. Si corresponde.** Las notas de psicoterapia se refieren a notas registradas (en cualquier medio) por un proveedor de atención de salud que sea un profesional de salud mental que documenta o analiza el contenido de conversaciones durante una sesión privada de consejería, una sesión grupal, conjunta o familiar de consejería y que están separadas del record médico del individuo. Las notas de psicoterapia excluyen las recetas médicas y la supervisión de medicamento, tiempo de inicio y fin de la sesión de consejería, las modalidades y frecuencias del tratamiento otorgado, resultados de pruebas clínicas, y cualquier resumen de los siguientes elementos: diagnósticos, estado funcional, el plan de tratamiento, síntomas, pronosis y progreso a la fecha.

Podemos usar o divulgar sus notas de psicoterapia, como lo establece la ley, o:

  - Para el uso por el autor de las notas
  - En programas supervisados de capacitación de salud mental para estudiantes, aprendices o practicantes
  - Por este proveedor como defensa en una acción legal u otra diligencia antepuesta por el individuo
  - Para prevenir o aminorar una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad de una persona o del público
  - Para el control de salud del autor de las notas psicoterapéuticas
  - Para el uso o divulgación a un médico forense o forense para reportar la muerte del paciente
  - Para un uso o divulgación necesaria para prevenir o aminorar una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad de una persona o el público
  - Para uso o divulgación a usted o al Secretario de DHHS en el transcurso de una investigación o como sea necesario por ley
  - Al médico forense o forense después de que usted fallezca. Hasta el grado en que usted revoque una autorización para el uso o divulgación de sus notas psicoterapéuticas, dejaremos de usar o divulgar dichas notas.

- **Cambio de propiedad. Si corresponde.** En el caso en que este consultorio/programa se venda o fusione con otra organización, su información de salud/records personales se convertirán en propiedad del nuevo propietario, pero usted seguirá conservando el derecho de solicitar que las copias de su información de salud personal se transfieran a otro consultorio/programa.

### **Divulgación solo después de que usted haya tenido la oportunidad de aceptar u objetar.**

Estas son las situaciones en donde nosotros no compartiremos su información de salud a menos que lo hayamos discutido con usted (de ser posible) y usted no se opone a compartirla. Estas situaciones son:

- **Directorio de pacientes.** En donde conservamos un directorio de los nombres, estado de salud, ubicación de tratamiento, etc. de nuestros pacientes con el propósito de divulgarlo a miembros religiosos o las personas que preguntan por usted por nombre, consultaremos con usted primero para ver si quiere compartir dicha información con estas personas.
- **Personas involucradas en su atención o con el pago de su atención.** Nosotros podemos divulgar a un familiar, un amigo personal cercano, u otra persona que usted haya nombrado como alguien involucrado en su atención de salud (o el pago de su atención de salud) su información de salud que está relacionada con el involucramiento de la persona. Por ejemplo, si le pide a un familiar o amigo que recoja un medicamento por usted en la farmacia, nosotros le podemos decir a esta persona qué medicamento es y cuándo estará listo para recogerlo. Además, podemos notificará a un familiar (u otra persona responsable de su atención) sobre su ubicación y condición médica siempre y cuando usted no se oponga.
- **Divulgaciones en los comunicados con usted.** Podemos entrar en contacto con usted y durante dichas situaciones podemos compartir su información de salud. Por ejemplo, podemos usar y divulgar información de salud para contactarlo como un recordatorio de que tiene una cita para tratamiento aquí, o bien indicarle o recomendarle sobre posibles opciones o alternativas de tratamiento que podrían interesarle. Podemos usar y divulgar la información de salud sobre usted para informarle sobre beneficios o servicios de salud que pudieran interesarle. Podemos contactarlo sobre actividades para recaudación de fondos.
- **Otros usos de su información de salud.** Puede que existan otros usos y divulgaciones de información de salud que no se incluyan en este aviso o las leyes que se aplican a nosotros, estas solo se harán con su permiso escrito. Si usted nos proporciona permiso para usar o divulgar información de salud sobre usted, usted puede revocar dicho permiso por escrito en cualquier momento. Si usted revoca su permiso, ya no usaremos ni divulgaremos la información de salud sobre usted por las razones cubiertas por su autorización escrita. Usted entiende que no somos capaces de invertir las divulgaciones que ya hayamos hecho con su permiso, y que tenemos requerido conservar nuestros records de la atención que le proporcionamos.

### **Sus derechos en relación con la información de salud sobre usted**

Usted cuenta con los siguientes derechos en relación con la información de salud que conservamos sobre usted:

- **Notificación de incumplimiento.** En el caso de violación de información de salud protegida no asegurada, nosotros le notificaremos como lo establece la ley. Si usted nos ha proporcionado su correo electrónico actual, podemos usar el correo electrónico para comunicarle sobre la información

relacionada con la violación. Bajo algunas circunstancias nuestros colaboradores de negocios pueden proporcionar la notificación. También podemos enviar la notificación por otros métodos según corresponda. [Nota: la notificación por correo electrónico solo se usará si estamos seguros que no contendrá PHI y no divulgará información inadecuada. Por ejemplo, si nuestra dirección de correo electrónico es "[digestivediseaseassociates.com](mailto:digestivediseaseassociates.com)" un correo electrónico enviado con esta dirección podría, si es interceptado, identificar el paciente y su condición.]

- **Derecho a inspección y copia.** Usted cuenta con el derecho de inspeccionar y copiar esta información de salud. Generalmente esta incluye records médicos y de facturación, pero puede que no incluya alguna de la información de salud. Se aplican ciertas restricciones:
  - Debe presentar su solicitud por escrito. Nosotros le podemos dar un formulario para esto e instrucciones sobre cómo enviarlo.
  - Si usted solicitó una fotocopia, podemos cobrar una cuota razonable por el costo de las copias, correo y otros suministros asociados con su solicitud.
  - Puede esperar recibir un aviso relacionada con esta solicitud dentro de 10 días hábiles.
  - Nosotros podemos negar su solicitud bajo ciertas circunstancias. Si se le niega al acceso a su información de salud, usted puede solicitar que dicho rechazo sea revisado como lo establece la ley.
  - Si nosotros negamos su solicitud para tener acceso a sus notas de psicoterapia, usted tendrán el derecho de transferirlas a otro profesional de salud mental.
  
- **Derecho a enmiendas.** Si usted siente que la información que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, usted puede solicitar que se enmiende la información. Nosotros no tenemos la obligación de hacer enmiendas si determinamos que la información existente es precisa y completa. Nosotros no tenemos requerido eliminar información de sus registros. Si existe un error, este será corregido al agregar información de aclaración o suplementaria. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda siempre y cuando la información sea conservada por o para la instalación. Se aplican ciertas restricciones:
  - Usted debe presentar su solicitud para la enmienda por escrito. Nosotros le podemos dar un formulario para esto e instrucciones sobre cómo enviarlo.
  - Usted debe proporcionar una razón que respalde su solicitud.
  - Nosotros podemos negar su solicitud para una enmienda si no se presenta por escrito o si no incluya una razón que respalde su solicitud. Asimismo, nosotros podemos negar su solicitud si usted nos pide enmendar información que:
    - No fue creada por nosotros, a menos que el creador de la información ya no esté disponible para hacer la enmienda;
    - No forma parte de la información de salud conservada por o para nuestra instalación;
    - No forma parte de la información que permitida para inspeccionar o copiar. Incluso si negamos su solicitud para una enmienda, usted tiene el derecho de enviar un apéndice escrito, en relación con cualquier elemento o declaración en su record que usted crea que está incompleta o es incorrecta. Si usted indica claramente por escrito que quiere que el apéndice forme parte de su record de salud, nosotros lo adjuntaremos a sus expedientes, y lo incluiremos cuando hagamos una divulgación del elemento o declaración que usted cree que está incompleta o es incorrecta.
  
- **Derecho a solicitar protecciones especiales de privacidad.** Usted cuenta con el derecho de solicitar una restricción o limitación sobre la información de salud que usamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pago u operaciones de atención de salud. Usted también cuenta con el derecho de solicitar una limitación sobre la información de salud que divulgamos acerca de usted a alguien que está involucrado en su atención o el pago por su atención, como un familiar o amigo. Por ejemplo, usted nos

puede pedir que no usemos o divulguemos ninguna información a un amigo o familiar sobre su diagnóstico o tratamiento.

Si nosotros estamos de acuerdo con su solicitud de limitar como usamos su información para tratamiento, pago u operaciones de atención de salud entonces cumpliremos con su solicitud a menos que la información sea necesaria para proporcionarle tratamiento de emergencia. Para solicitar restricciones, usted debe hacer la solicitud por escrito con su proveedor. En su solicitud debe informarnos cuál información quiere limitar, si quiere limitar nuestro uso, divulgación o ambos, y a quién quiere que se aplique los límites.

Si usted nos indica que no divulguemos información a su plan de salud en relación a los elementos de atención de salud mental o servicios que ha pagado completamente, de su bolsillo, nosotros acataremos su solicitud, a menos que tengamos que divulgar la información para tratamiento o fines legales. Nosotros nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar cualquier otra solicitud y le notificaremos sobre nuestra decisión.

- **Derecho a solicitar comunicados confidenciales.** Usted cuenta con el derecho de solicitar que nosotros nos comuniquemos con usted sobre asuntos médicos de una cierta manera o en ciertas ubicaciones, por ejemplo, usted nos puede pedir que solo lo contactemos al trabajo o por correo. Para solicitar comunicados confidenciales, usted debe hacer la solicitud por escrito con su proveedor. Nosotros no le preguntaremos la razón de su solicitud. Nosotros honraremos todas las solicitudes razonables. Su solicitud debe especificar cómo o dónde desea que se le contacte.
  
- **Derecho a recibir una copia física de este aviso.** Usted tiene el derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Usted nos puede pedir que le demos una copia de este aviso en cualquier momento. Incluso si usted acordó en recibir este aviso electrónicamente, como quiera tiene el derecho a una copia impresa de este aviso. Puede obtener una copia de este aviso de su proveedor o de cualquiera de los Programas a los que se hace referencia arriba.
  
- **Derecho a una contabilidad de las divulgaciones.** Usted tiene el derecho a solicitar una “contabilidad de divulgaciones”. Esto es una lista de las divulgaciones que hicimos de información de salud acerca de usted en los seis (6) años antes de la fecha en que solicita la contabilización. La contabilización no incluirá:
  - Divulgaciones necesarias para tratamiento, pago u operaciones de atención de salud.
  - Divulgaciones hechas a usted.
  - Divulgaciones que fueron meramente incidentales a una divulgación permitida o requerida de otra forma.
  - Divulgaciones que se hicieron con su autorización escrita.
  - Otras divulgaciones que hicimos y estaban permitidas o requeridas por ley.

Para solicitar una lista o contabilización de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito. Nosotros le podemos dar un formulario para esto e instrucciones sobre cómo enviarlo. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo, el mismo no puede ser mayor de seis (6) años y no puede incluir fechas antes del 14 de abril de 2003. Su solicitud debe indicar en qué forma desea recibir la lista (por ejemplo, en papel o de forma electrónica). La primera lista que solicite dentro de un periodo de 12 meses será gratuita. Para listas adicionales, le cobraremos por el costo de proporcionarle la lista. Nosotros le notificaremos de los costos involucrados y usted puede elegir retirar o modificar su solicitud en dicho momento antes de incurrir los costos.

Además, como lo establece la ley tenemos requerido notificarle si ha habido una acceso o divulgación ilegal de su información de salud.

### **Cambios a este aviso**

Nosotros nos reservamos el derecho a cambiar este aviso. Nosotros nos reservamos el derecho de hacer que el aviso revisado o modificado para la información de salud que ya tenemos de usted sea válido, al igual que cualquier información que recibamos en el futuro. Nosotros publicaremos una copia del aviso actual en nuestras instalaciones y en el sitio web de nuestro proveedor. Usted recibirá una copia de un nuevo aviso si el Aviso de Practicas de Privacidad cambia o si está inscrito en un nuevo sitio de servicio.

### **Quejas**

Todos los programas con la Agencia de Servicios de Atención de salud están comprometidos a proteger la privacidad de su información de salud personal. Si usted cree que se han quebrantado sus derechos de privacidad, puede entablar una denuncia con el departamento en donde usted cree que se presentó la violación. Nosotros investigaremos su denuncia oportunamente y tomaremos una acción correctiva de ser necesario.

Todas las quejas deben presentarse por escrito. Usted no será penalizado por entablar una denuncia. Usted puede obtener una copia del formulario e instrucciones para entablar una denuncia al ponerse en contacto con:

Usted puede entablar una denuncia con el Departamento de Servicios de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. El departamento pedirá a HCSA que investigue la denuncia, así que resolver su denuncia puede tomar más tiempo que si se pone en contacto directo con HCSA en la dirección de arriba. Para entablar una denuncia con el Departamento de Servicios de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., ponerse en

<b>SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD CONDUCTUAL</b>	<b>DEPARTAMENTO DE SALUD AMBIENTAL</b>	<b>ADMINISTRACIÓN Y SALUD A INDIGENTES</b>	<b>DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA</b>
Oficina de Asistencia al Consumidor 2000 Embarcadero Cove Suite 400 Oakland, CA 94606 (800) 779-0787	Oficina del Director 1131 Harbor Parkway Alameda, CA 94502 (510) 567-6700	Oficina del Director 1000 San Leandro Blvd Suite 300 San Leandro, CA 94577 (510) 618-3452	Oficina del Director ATTN: Privacidad Controversia 1000 Broadway Piso 5 Oakland, CA 94607 (510) 267-8000

contacto con:

**Office of Civil Rights**  
**U.S. Department of Health and Human Services**  
**50 United Nations Plaza, Room 322**  
**San Francisco, CA 94102**  
**415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD)**  
**(415) 437-8329 FAX**  
**Web Site: [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr)**

**AVISO DE INFORMACIÓN SECCIÓN 2 DEL CFR 42:  
Información sobre la divulgación de drogas y alcohol del paciente  
REVISARLO CUIDADOSAMENTE**

*(Se aplica a beneficiarios que solo están recibiendo servicios para el tratamiento por uso de sustancias)*

**Sección 2 del CFR 42:** La información general relacionada con su atención de salud, incluyendo pagos por atención de salud, está protegida bajo las leyes y normas federales, entre las que se incluyen la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud de 1996 (“HIPAA”), 42 U.S.C. § 1320d et seq., C.F.R. 45 Secciones 160 & 164, & y la Ley de Confidencialidad, U.S.C. 42 § 290dd-2, y C.F.R. 42 Sección 2. Bajo estas leyes y normas, la confidencialidad de sus expedientes médicos por tratamiento del Trastorno por uso de sustancias (“SUD”) protegen la confidencialidad de la identidad, diagnóstico, pronóstico o expedientes conservados en relación con la realización de cualquier programa o actividad con asistencia federal relacionada con la educación, prevención, capacitación, rehabilitación o investigación de abuso de sustancias. El Proveedor no puede decir a una persona fuera del programa que usted asiste al programa, el Proveedor tampoco puede divulgar información que lo identifique a usted como un paciente en tratamiento para alcohol o drogas, o divulgar ninguna otra información protegida con excepción que lo permita la ley federal.

Un Proveedor debe obtener un consentimiento escrito antes de poder divulgar información acerca de usted para propósitos de pago. Por ejemplo, el Proveedor debe obtener su consentimiento escrito antes de poder divulgar la información a su seguro de salud a manera de ser pagado por los servicios. El Proveedor también tiene requerido obtener su consentimiento escrito antes de poder vender información acerca de usted o divulgar información acerca de usted para propósitos de marketing. En general, usted también debe firmar un consentimiento escrito antes de que el Proveedor pueda compartir la información para propósitos de tratamiento o para operaciones de atención de salud. Aun cuando en general el Proveedor no puede divulgar información que lo divulgue a usted directa o indirectamente como un cliente SUD, las leyes y normas federales permiten al Proveedor divulgar información *sin* su permiso escrito, estas pueden incluir:

1. Cuando un cliente representa un peligro para el mismo o para otros;
2. Cuando un cliente representa un peligro o ha amenazado a otros;
3. Cuando un cliente se encuentra discapacitado gravemente o no es capaz de tomar decisiones razonables sobre él o ella y que son necesarias para el tratamiento;
4. Cuando se sospecha de abuso infantil o negligencia de un cliente;
5. Cuando se sospecha de abuso a mayores de un cliente;
6. Cuando un cliente se encuentra en una emergencia médica y no es capaz de otorgar permiso;
7. Cuando la información del cliente se utiliza para revisar la calidad;
8. De conformidad con un acuerdo con una organización calificada de servicio (QSO), es decir para mantenimiento de records, contabilidad u otros servicios profesionales; y
9. Para revisión por parte de entidades acreedoras o de licencias.

Un quebrantamiento de las leyes y normas federales por parte de un programa sujeta a la Sección 2 del CFR 42 es un delito, y la sospecha de violaciones se pueden reportar a las autoridades correspondientes, incluyendo U.S. Attorney for the Northern District of California (450 Golden Gate Avenue, San Francisco, CA 94102) y el California Department of Health Care Services (1501 Capital Avenue, MS 0000, Sacramento, California 953897413).

Antes de que un Proveedor pueda utilizar o divulgar cualquier información sobre su salud de cualquier forma, que no se describa arriba o se permita de otra forma bajo las leyes o normas correspondientes (es decir la Sección 2 del CFR 42), este debe:

Primero obtener su consentimiento escrito que le permita hacer la divulgación. Dicho consentimiento escrito puede ser revocado por usted de forma oral o por escrito.

Deberes del proveedor: El Proveedor tiene requerido por ley mantener la privacidad de su información de salud y SUD y proporcionarle a usted un aviso con sus deberes legales y prácticas de privacidad en relación con su información de salud. El Proveedor tiene requerido por ley obedecer los términos y condiciones de este aviso y hacer que las nuevas disposiciones del aviso sean válidas para toda la información de salud protegida que conserva. La revisión y actualización de avisos se proporcionara a individuos durante las sesiones de tratamiento y se publicaran en el Tablero de avisos público de la sala de espera.

Quejas y reportes de violaciones: Si usted no está satisfecho con la cualquier asunto relacionado con sus servicios, incluyendo cuestiones de confidencialidad o si no se siente cómodo hablando con su Proveedor sobre una controversia, puede ponerse en contacto con **Asistencia al Consumidor llamando al 1 (800) 779-0787**. Ver el Proceso de Resolución de Problemas del Beneficiario en las páginas 4-5 en este paquete para mayor información.

## Servicios de Atención de Salud Conductual del Condado de Alameda

Nombre del beneficiario:		Nombre del programa:
Fecha de nacimiento:	Fecha de admisión:	
# INSYST:		

### Material Informativo - Sus derechos y responsabilidades Acuso de recibo

#### Consentimiento para servicios

Como se describió en la página uno de este paquete, al incluir su firma abajo da su consentimiento para recibir voluntariamente servicios de Atención de Salud Conductual por parte de este proveedor. Si usted es el representante legal del beneficiario, su firma proporciona dicho consentimiento.

#### Materiales informativos

Su firma también significa que se platicó con usted los materiales enumerados abajo en un idioma o forma en que usted pueda entender, que se le dio el paquete de Materiales Informativos para sus records, y que usted está de acuerdo con el método de entrega para la Guía y Directorio del Proveedor como se marcó. Usted puede solicitar una explicación y/o copias de estos materiales de nuevo en cualquier momento.

**Notificación inicial:** Marcar en los cuadros de abajo para mostrar cuales materiales se platicaron con usted en la admisión o en otro momento.

- Consentimiento para servicios
- Libertad de elección
- Confidencialidad y privacidad
- Cómo mantener un lugar acogedor y seguro (*material informativo no requerido por el estado*)
- "Guía para Servicios de Salud Mental Medi-Cal" O "Guía para servicios de drogas Medi-Cal"
  - Entregados a través de:  Acceso Web    Copia electrónica por correo electrónico    Copia impresa
- Directorio de proveedores para el plan de Salud Conductual del Condado de Alameda
  - Entregados a través de:  Acceso Web    Copia electrónica por correo electrónico    Copia impresa
- Información de resolución de problemas del beneficiario
- Información de directiva Anticipada (*para edades de 18+ y cuando el cliente cumple 18*)
  - ¿Ya ha creado una directiva Anticipada?  Sí  No
  - Si contestó afirmativo, ¿podemos contar una copia para nuestros records?  Sí  No
  - Si contestó negativo, ¿le ayudamos para crear una?  Sí  No
- Aviso de Practicas de Privacidad – HIPAA & HITECH
- Aviso de información Sección 2 CFR 42: Divulgación de Información sobre Drogas y Alcohol del Paciente (*solo para clientes que reciben servicios de tratamiento por uso de sustancias*)

Firma del beneficiario: (O representante legal, si corresponde)	Fecha:
Iniciales de testigo clínico/personal:	Fecha:
Dirección de correo electrónico para entregar la Guía y el Directorio de Proveedores, si corresponde:	

**Notificación anual:** Su proveedor debe recordarle cada año que los materiales enumerados arriba están disponibles para su revisión. Coloque sus iniciales y la fecha en un cuadro de abajo para mostrar cuándo sucede eso.

Iniciales y fecha:	Iniciales y fecha:	Iniciales y fecha:	Iniciales y fecha:
--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Usar un cuadro cada año (ver arriba) para las iniciales y fecha del **beneficiario** (o su representante legal).

**Instrucciones para el proveedor:**

- ❖ *Notificación inicial: Hablar sobre cada elemento importante en el paquete con el beneficiario (o representante legal) en el idioma o método de comunicación preferido. Llenar el cuadro de información identificable en la parte superior de la página previa. Marcar las casillas importantes para indicar los elementos discutidos/provistos. Pedir al beneficiario que firme y ponga la fecha en el cuadro correspondiente. Proporcionar las iniciales y la fecha del personal en el cuadro correspondiente. Dar el paquete de materiales informativos restante al beneficiario para sus records. Archivar esta página de firma en el historial médico.*
- ❖ *Notificaciones anuales: Recordar a los beneficiarios de la disponibilidad de todos estos materiales para su revisión y repasar cualquier material, si se solicita. Obtener las iniciales con fecha correspondientes en los cuadros provistos.*
- ❖ *Puede encontrar el paquete en todos los idiomas mínimos y las hojas de instrucciones detalladas en [www.acbhcs.org/providers](http://www.acbhcs.org/providers), en la pestaña de Preguntas y Respuestas.*